

Formulaire d'inscription aux programmes Move&Smile d'activités physiques en individuel ou en collectif pour adultes et jeunes en surpoids et obésité 2015

1. Informations générales

NOM.....

PRENOM(S).....SEXE F H

DATE DE NAISSANCE.....

TEL. PRIVE/MOBILE...../.....

RUE.....

CP et VILLE.....MEDECIN TRAITANT.....

CAISSE MALADIE

BASE :.....COMPLEMENTAIRE.....

2. Inscriptions

PROGRAMMES COLLECTIFS :

PROGRAMME « PLURIDISCIPLINAIRE »
Du 26.02 au 25.06.2015

PROGRAMME « ALTERNATIF »
Du 03.03 au 23.06.2015

PROGRAMME « EXPRESS»

PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE:

PROGRAMME « SOLO »

PROGRAMME « DUO» NOMS/PRENOMS DU DUO :
...../.....

3. Conditions de participation

a) DECHARGE DE RESPONSABILITE

Tout accident pouvant avoir lieu durant les séances du programme seront sous la responsabilité du participant, celui-ci fera appel à son assurance privée.

en cochant, j'accepte les conditions

b) MODALITES DE PAYEMENT DES PROGRAMMES COLLECTIFS

Chacun des programmes collectifs se payent sous forme de forfait.

Selon votre situation, les factures vous sont adressées personnellement par courrier et doivent être payées au plus tard 30 jours après réception ou sont adressées directement à votre caisse-maladie.

Les séances manquées ne peuvent être ni rattrapées, ni remboursées.

c) ACCEPTATION DES CONDIDITONS DE PARTICIPATION

Le participant s'engage par la signature du formulaire à respecter toutes les conditions de participation formulées à chaque page, p.1-2

en cochant, j'accepte les conditions

Lieu/Date :

Signature :

Une fois le formulaire dûment rempli et signé, veuillez s.v.p. garder une copie et faire parvenir l'original par courrier à l'adresse suivante :

CCEAF
Mme Sarah Hafiz
4 rue du Vieux-Marché
1207 Genève

Merci d'avoir fait le choix de vous joindre aux programmes



MESURES	Première évaluation le:	Deuxième évaluation le:
NOM/PRENOM DU PATIENT		
AGE		
MESURES ANTHROPOMETRIQUES		
Taille [cm]		
Poids [kg]		
BMI [kg/m ²]		
Tour de taille [cm]		
Tour de hanches [cm]		
MESURES DE COMPOSITION CORPORELLE		
Graisse totale [%]		
Masse grasse totale [kg]		
Masse maigre totale [kg]		
CERTIFICAT D'APTITUDE A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE (AP)		
<input type="checkbox"/> (NOM/PRENOM) ne présente aucune contre-indications à la reprise d'une AP, il/elle est déclaré apte. COMMENTAIRES:		
<input type="checkbox"/> (NOM/PRENOM) présente des contres indications à la reprise d'une AP, il/elle est déclaré non apte. MOTIFS:		
NOM DU MEDECIN AYANT EFFECTUE LE BILAN MEDICAL DU PATIENT ET REMPLI LE FORMULAIRE		
Adresse		
Téléphone		
E-mail		

Lieu/Date :
Signature du médecin :